

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

256

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

JOULLIÉ (Auguste-Georges).

Né à Vouziers (Ardennes), le 6 juillet 1864.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX

SECONDAIRE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges { MM.
BALLET, professeur.
CUANTEMESSE, MARFAN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

250

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

JOULLIÉ (Auguste-Georges).

Né à Vouziers (Ardennes), le 6 juillet 1864.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX

SECONDAIRE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges { MM.
BALLET, professeur.
CHANTEMESSE, MARFAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DEBOVE

Professeur de pathologie interne à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Andral,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Dans la thèse inaugurale du Dr Mussy, parue l'année dernière et ayant trait aux « *érythèmes infectieux* », on peut lire les lignes suivantes : « Le chapitre des érythèmes infectieux est encore aujourd'hui à peine ébauché et son importance est certainement considérable. La présence dans l'économie des microbes cause dans tous les organes une série de perturbations auxquelles le tégument ne saurait échapper. La plupart des dermopathies dans les états infectieux ne peuvent plus être considérées aujourd'hui comme une affection surajoutée, comme une coïncidence, mais bien comme une détermination cutanée de l'infection. »

Or, une variété particulière des érythèmes est constituée par l'érythème « *nouveux* ». Cet érythème, jusque dans ces dernières années, semblait présenter une autonomie propre et former une véritable entité morbide, affection rhumatismale pour les uns, sorte de fièvre éruptive pour les autres. Et, si l'on parcourt les nombreuses observations d'érythèmes infectieux relatées par les auteurs, on peut se convaincre que ces éry-

thèmes appartiennent surtout aux types polymorphe, rubéolique, scarlatinoïde, et nullement nouveaux.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service du Dr *Talamon*, à Tenon, un cas intéressant d'érythème nouveau, survenu au cours d'une angine diphtérique confirmée, nous avons cru utile de rechercher dans la littérature médicale les faits épars d'érythème nouveau secondaire. C'est cette étude qui fera le sujet de notre travail.

C'est donc à M. Talamon, médecin de l'hôpital Tenon, que nous devons l'idée de cette thèse. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous guider; nous remercions également M. Schwab, son interne, de la bienveillance qu'il a apportée à nous aider dans nos recherches.

Que M. le professeur Debove, reçoive l'expression de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I.

Historique.

Parfaitement d'accord pour bien décrire, au point de vue symptomatologique, l'érythème noueux, les auteurs diffèrent énormément les uns des autres quand il s'agit de préciser la nature et l'étiologie de cette dermopathie. Et encore, à l'heure actuelle, il existe beaucoup d'incertitude sur le point de savoir comment classer dans le cadre nosologique cette éruption à symptômes cependant si particuliers et à évolution si caractéristique. Les recherches bactériologiques de ces dernières années cependant ont éclairé d'un jour nouveau plus d'un côté du problème. L'importance de l'infection a été mise en relief dans la production des érythèmes en général, dont l'érythème noueux constitue une variété bien spéciale.

Si, pour les uns, l'érythème noueux est une simple manifestation rhumatismale, il est, pour les autres, une maladie essentielle, spécifique, *sui generis*, devant être placée à côté des fièvres éruptives; pour quelques-uns enfin, il doit être rattaché au groupe de l'érythème polymorphe de Hébra, relevant, à ce titre, le plus souvent d'une infection,

Nous allons passer rapidement en revue ces différentes opinions.

Schœnlein, un des premiers, en 1829, range sous le nom de « péliose rhumatismale », l'érythème noueux avec l'érythème papuleux et le purpura, au nombre des manifestations cutanées du rhumatisme.

Rayer et Bouillaud, en France, rattachent de même l'érythème noueux à la diathèse rhumatismale, et pour Bazin, cet érythème est le type des « arthritides ». D'après cet auteur, en effet, l'érythème noueux accompagne souvent le rhumatisme ; il ajoute même « que les nodosités ne se rencontrent jamais dans d'autres maladies constitutionnelles que l'arthritisme ».

En Angleterre, Watson et Begbie soutiennent la même théorie. Voici les arguments principaux de ces auteurs :

L'éruption est précédée d'un état cachectique semblable à celui qui annonce le rhumatisme articulaire aigu ; elle s'accompagne souvent de fièvre, de pâleur, de douleurs articulaires et musculaires, de sueurs abondantes ; elle se complique fréquemment, comme le rhumatisme, de pleurésie, d'endocardite ; enfin elle cède souvent à la quinine et au salicylate de soude.

Mais cette première théorie, qui rattache l'érythème noueux à l'arthritisme, a été battue en brèche en Angleterre par Hutchinson, en France par Trousseau, MM. G. Sée et Talamon, de Molènes.

Voyons, en effet, ce que dit de cette affection Trousseau qui en a si bien décrit les symptômes.

« L'érythème noueux n'est pas plus une variété d'érythème que la variole n'est une variété d'ecthyma, bien que,

considérée isolément, la pustule variolique ressemble souvent à s'y méprendre à une pustule d'ecthyma. » Pour l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu, l'érythème noueux est une maladie à part, spécifique qui, à côté de ses manifestations locales, présente aussi un ensemble de phénomènes, de symptômes généraux, précédant presque toujours l'apparition de l'éruption érythémateuse et n'étant pas sous la dépendance de l'affection locale de la peau. Aussi bien, Trousseau place-t-il la description de l'affection à côté de celle des fièvres éruptives. Pour M. Talamon, l'érythème noueux est une affection particulière, analogue aux fièvres éruptives, indépendante du rhumatisme, et par suite les complications pleuro-pulmonaires qui se développent dans le cours de la maladie sont, au même titre que les douleurs articulaires des manifestations directes du principe spécifique et non des lésions de nature rhumatismale. Les arthrites de l'érythème noueux doivent rentrer dans le groupe des « pseudo-rhumatismes ». De Molènes, de même, dans sa thèse, soutient que l'érythème polymorphe (auquel il rattache l'érythème noueux) est « une fièvre éruptive franche dont le micro-organisme est encore inconnu ». Il s'appuie, pour défendre cette opinion, sur la courbe générale de l'érythème, sur la période d'invasion avec ses symptômes prémonitoires, sur la division possible de la maladie en périodes comparables à celles des fièvres éruptives, sur la fréquence des complications. Il rejette la théorie arthritique, en montrant que le rhumatisme peut n'être qu'une coïncidence et que les douleurs articulaires accompagnant l'éruption peuvent être du pseudo-rumatisme infectieux. Donc l'érythème toujours est *infectieux*; mais de Mo-

lènes en admet deux sortes, l'un qui constitue une maladie propre, *essentielle*, non classée, l'autre qui est *un phénomène secondaire dans le cours d'un grand nombre de maladies infectieuses*.

C'est précisément l'existence de cette seconde variété d'érythème nouveau que les recherches des auteurs récents ont nettement précisée. C'est elle qui nous intéresse spécialement dans ce travail qui doit s'occuper particulièrement de l'érythème nouveau *secondaire*. Le chapitre de cet érythème secondaire s'est singulièrement élargi dans ces dernières années, grâce aux recherches bactériologiques et grâce à la connaissance plus approfondie des relations de cause à effet qui existent entre les différentes maladies infectieuses et les phénomènes morbides nombreux survenant pendant leur évolution ou à leur déclin.

Nous ne citerons pas ici les noms de tous les auteurs qui ont signalé successivement la dermopathie au cours des maladies telles que la diphtérie, la fièvre typhoïde, la blennorrhagie, la malaria, la tuberculose ; nous retrouverons ces noms dans le chapitre suivant, quand nous étudierons chaque érythème secondaire en particulier.

Mais disons qu'à côté de l'érythème nouveau secondaire d'origine *infectieuse*, on a décrit l'érythème d'origine *toxique*, et enfin l'érythème nouveau d'origine purement *nerveuse*.

CHAPITRE II.

De l'Érythème noueux secondaire.

Nous classerons cet érythème de la façon suivante :

- 1° Érythème noueux infectieux ;
- 2° — — — toxique ;
- 3° — — — nerveux.

1° ÉRYTHÈME NOUEUX INFECTIEUX

Nous n'avons pas l'intention d'insister ici sur la symptomatologie si connue et si souvent décrite de l'érythème noueux. Nous devons cependant en donner un court résumé pour bien établir que dans les observations que nous allons passer en revue dans ce chapitre, il ne s'agira que de cas bien typiques de nodosités érythémateuses.

« L'érythème noueux, ou dermatite contusifforme, est une dermatose caractérisée par une éruption de nodosités érythémateuses ou pourprées, arrondies ou ovalaires, de dimensions variables. Les nodosités dures, semblant infiltrer le derme dans sa totalité, et même le tissu sous-cutané, sont assez proéminentes. Leur grosseur varie de celle

d'une petite noisette à celle d'un œuf de pigeon, et même plus. Elles sont situées aux membres inférieurs, aux deux jambes, à la face dorsale des pieds; elles sont plus rares aux avant-bras, aux cuisses et aux fesses. Leur coloration est bleuâtre au centre, rose à la périphérie. Peu douloureuses spontanément, elles le sont à la pression. Leur nombre est des plus variables. Elles subissent graduellement, du centre à la périphérie, la transformation ecchymotique, et prennent successivement des teintes rouge, bleue, verte et jaune. En douze ou quinze jours, leur évolution est complète; mais il s'en produit des poussées successives. (Brocq, *Traité des maladies de la peau*, O. Doin, 1890.)

Maintenant que nous savons bien ce que nous devons entendre par érythème noueux, étudions-le dans les différentes maladies infectieuses et commençons cet exposé par la diphtérie.

A. — *Dans la diphtérie.*

Nous allons exposer dans tous ses détails l'histoire clinique de la maladie qu'il nous a été donné d'observer, cette observation précisément nous ayant suggéré l'idée de cette thèse.

*Observation personnelle, recueillie dans le service du
D^r Talamon, à Tenon.*

Irma P..., âgée de 44 ans, modiste, entre dans la salle Rayet à Tenon, le 2 février 1893.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels : rougeole à l'âge de 8 ans ; la menstruation apparaît à 14 ans, et depuis ce temps-là elle a toujours été régulière. En 1881, hémorrhagies anales assez abondantes, qui se prolongèrent avec des intermittences pendant un an ; elles sont dues à des hémorrhoides. En 1885, mêmes hémorrhagies hémorrhoidaires. Pas de rhumatisme articulaire. Bonne santé habituelle.

Maladie actuelle. La malade n'a pas été en contact avec des foyers de diphtérie. Le 29 janvier dans la matinée, sensation de courbature avec nausées et bouffées de chaleur ; frissons, fièvre. Cet état de malaise força la malade à s'aliter.

Le 30 janvier. Faiblesse générale, sueurs abondantes. Un médecin appelé constate le gonflement du cou, l'adénite, et porte le diagnostic d'angine à fausses membranes.

Le 2 février. La malade est reçue à la consultation. A ce moment, le voile du palais et la luette sont tapissés de fausses membranes blanchâtres, fort adhérentes. La luette, très-œdématiée, a une coloration noirâtre due au badigeonnage pratiqué trop violemment par la garde-malade. Dysphagie accusée. Voix légèrement nasonnée. Salivation abondante. Les ganglions sous-maxillaires sont petits, mobiles, peu augmentés de volume. Quand on essaye de détacher les fausses membranes, on y arrive difficilement. Température 39°2. On prescrit un collutoire salicylé à 1/20 ; lavages boriqués ; Todd.

Poumons et cœur ne présentent rien d'anormal. Urines légèrement albumineuses (0,50 environ) ; pâleur marquée.

Les 3 et 4 février. État général assez satisfaisant.

Température oscille autour de 39°. On continue le traitement, mais les fausses membranes se reproduisent très facilement et très rapidement. Dans fausses membranes : bacille de Loeffler.

Le 5 février. Aux fesses, à la région sacrée, de chaque côté de la ligne médiane apparaissent, précédées de légères démangeaisons, des plaques rouges assez franches, reposant sur un fond dur, tuméfié, modérément sensibles à la pression. Leur contour, à peu près régulièrement arrondi, fait saillie au-dessus des parties voisines normales. Le centre de ces plaques surtout est dur et se présente sous forme d'une nodosité mal limitée, enchâssée dans le derme.

Bientôt d'autres plaques, présentant les caractères nets de l'érythème noueux, se montrent à la jambe droite et au bras gauche.

En effet, au niveau de la partie externe de l'articulation radio-humérale gauche, on voit une plaque saillante sur les parties voisines donnant la sensation d'une tuméfaction localisée. La coloration est rouge foncé ; à la partie inférieure de la plaque, la coloration est rosée. Dans la partie supérieure de la plaque, l'induration est diffuse, en nappe ; dans sa partie inférieure, on sent trois nodosités de la dimension d'un gros pois. La pression à ce niveau est douloureuse.

L'apparition de cette efflorescence ne s'est pas accompagnée de fièvre ; la température, en effet est, le 5 février de 37° 8 le matin, de 38° 2 le soir.

Le 6 février. Les plaques conservent à peu près les mêmes caractères.

Le 7 février. Apparition sur la jambe droite, à la partie inférieure de la crête du tibia, d'une nouvelle plaque à grand axe longitudinal de 5 centimètres et à petit axe horizontal de 3 centimètres. La coloration est d'un rouge foncé. La tuméfaction est très limitée, infiltrant tout le derme dans la partie supérieure de la plaque et faisant là une notable saillie; en bas la tuméfaction se confond insensiblement avec la peau saine; température $37^{\circ} 8$, $37^{\circ} 6$.

Le 8 février. L'induration est moins manifeste aux plaques sacrées; coloration rouge foncé; contours encore saillants. L'angine va en s'améliorant et les fausses membranes se reproduisent moins facilement.

Le 10 février. Les plaques sacrées ont disparu à peu près; leur coloration est encore un peu violacée.

Le 13 février. Au niveau du condyle interne du tibia du côté droit apparaît une nouvelle nodosité de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, entourée d'un cercle érythémateux induré en nappe. La nodosité fait corps avec le derme; elle est d'un rouge foncé. Lors de son apparition, localement, sensation légèrement douloureuse. Pendant l'évolution de ces plaques, l'angine s'améliore lentement, la gorge se déterge peu à peu, dysphagie moindre, mais voix légèrement nasonnée; température se maintient au-dessous de 38° .

Le 15 février. La gorge a la coloration normale; voile du palais pâle, anémié. Plus de fausses membranes.

Au niveau de la plaque tibiale inférieure, l'induration persiste; la saillie est encore manifeste et la peau y est rosée, violacée.

Au coude, l'étendue de la plaque a diminué; les bords

irréguliers sont teintés de rose violacé, mais l'induration ne se constate plus qu'à la partie postéro-inférieure de la plaque.

La plaque tibiale supérieure montre une surface rosée, bleuâtre; elle est encore légèrement indurée.

L'angine, que l'on avait cru disparue, se revêt de nouveau de fausses membranes circonscrites autour de la luette. Peu d'appétit. Urines toujours légèrement albumineuses. La température est normale. Pâleur.

Le 16 février. Plaque tibiale inférieure : décoloration presque complète; plus d'induration au centre; induration persistant dans le segment inférieur de la plaque sur une étendue de 3 centimètres en travers et de 1 à 2 centimètres en long.

La plaque tibiale supérieure est bleuâtre, pâle. Induration au coude, disparue.

Le 18 février. La plaque tibiale inférieure n'est plus représentée que par une légère teinte violacée et une petite partie indurée de la grandeur d'une pièce de vingt centimes; au coude, la coloration violacée rappelle seule l'ancienne plaque. En somme, au coude, l'érythème a duré 13 jours.

Le 20 février. La gorge est normale, pâle. L'érythème a complètement disparu. La malade commence à se lever, mais alors apparaît une paralysie diphtéritique, d'abord localisée au voile du palais, puis s'étendant, mais légèrement, aux membres inférieurs et supérieurs. Cette paralysie guérit au bout de quelques semaines.

Si l'on se reporte aux observations publiées d'érythèmes infectieux survenus au cours ou à la suite de la diphtérie, l'on voit que ces érythèmes appartiennent surtout aux types

scarlatiniforme, rubéolique, purpurique ou polymorphe. L'érythème noueux ne semble pas avoir été observé. Les érythèmes infectieux ont été surtout signalés chez les enfants ; dans notre cas, au contraire, il s'agit d'une adulte. Le passé hémorroïdaire de notre malade indiquant la diathèse arthritique peut-il nous expliquer la forme noueuse qu'a affectée la dermatopathie ? Si l'on admet la théorie de Bazin, de Begbie, il faudrait répondre affirmativement à cette question.

L'érythème est survenu chez cette malade dans les premiers jours de sa diphtérie, sans élever la température, sans aggraver l'état général. C'est d'ailleurs le cas pour tous les érythèmes, quelque caractère qu'ils affectent lorsqu'ils surviennent dans les premiers jours de l'affection. En effet, d'après M. Hutinel, les érythèmes des premiers jours comportent un pronostic bénin ; ceux qui surviennent dans les derniers jours, au contraire, indiquent une infection profonde de l'organisme et assombrissent alors singulièrement le pronostic. Dans notre fait, la dermatopathie ne s'est accompagnée d'aucune complication ni du côté du cœur, ni du côté de l'appareil respiratoire ; en somme elle n'a été, au cours de l'affection, qu'un épiphénomène sans gravité. Le siège de l'efflorescence cutanée a été le siège d'élection de l'érythème noueux : fesses ; partie antérieure de la jambe, au devant du tibia ; coude au niveau du cubitus : la face a été respectée.

L'éruption s'est faite en trois poussées et l'évolution régulière des plaques s'est opérée dans une dizaine de jours pour chacune d'elles.

Nous n'avons pas constaté chez notre malade de fissure

ou d'ulcération buccale ou labiale sur lesquelles M. Hutinel a appelé l'attention et qui pourraient expliquer l'infection secondaire. D'autre part, les fosses nasales n'ont pas été envahies par les fausses membranes, Fraenkel prétendant que l'érythème infectieux coïncide surtout avec la diphtérie nasale, c'est-à-dire grave. Mais la pâleur de la maladie, la durée en somme assez longue de l'angine diphtérique, la paralysie consécutive indiquent que l'organisme était profondément intoxiqué, et cette intoxication explique peut-être la production de l'érythème.

B. — *Dans la fièvre typhoïde.*

Les érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde ont été signalés par Forget, MM. Raymond et Nélaton, Reynaud, MM. Hutinel et Gimard. Les uns sont bénins et se rapprochent peut-être de l'érythème noueux, en ce sens que ce sont des placards à contour net faisant saillie au-dessus de la peau et siégeant aux poignets, aux coudes, aux genoux. Les autres — et c'est le plus grand nombre — appartiennent aux types scarlatiniforme et rubéolique.

Nous pouvons cependant consigner ici une observation d'érythème noueux survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde et rapportée par Lannois dans les *Annales de dermatologie* de 1892, t. III, obs. II résumée.

Femme de 19 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde que l'on traite par les bains froids. Guérison au bout de vingt jours. Au neuvième jour de la convalescence : malaise général, faiblesse dans les jambes, douleur dans les

genoux. Puis, éruption d'un érythème noueux sur les genoux, sur les coudes et à la face postérieure de l'avant-bras gauche. État saburral. La température oscille autour de 38°. Au bout de sept jours, l'éruption diminue et quatre jours après, elle avait complètement disparu.

Ici donc l'érythème noueux survenu pendant la convalescence de la fièvre typhoïde semble bien dû à une infection secondaire : d'ailleurs, des phénomènes prémonitoires ont précédé l'éruption et un état saburral l'a accompagnée.

C. — Dans la septicémie.

De nombreux travaux ont paru sur les érythèmes infectieux septicémiques ; citons seulement ceux de Gübler, de Civiale, de Picaud, de Trembley (*Thèse, Paris, 1876*), du professeur Verneuil. Les uns, consécutifs aux opérations chirurgicales, sont d'origine traumatique et d'un pronostic bénin ; les autres sont véritablement d'origine septicémique, c'est-à-dire proprement infectieux et comportent un pronostic très grave.

Mais nous devons remarquer immédiatement que ces érythèmes sont presque toujours du type scarlatinoïde ou érythémato-papuleux et ne doivent pas nous intéresser.

Il a été donné à MM. *Orillard* et *Sabouraud* d'observer, l'année dernière, à l'hôpital Saint-Louis, un cas extrêmement intéressant d'érythème noueux survenu au cours d'une septicémie à streptocoques. Ce fait, aussi remarquable au point de vue clinique qu'au point de vue microbiolo-

gique, mérite qu'on le rapporte ici avec quelques détails.

Observation (Médecine moderne du 8 février 1893).

Femme âgée de 22 ans; entre d'urgence à l'hôpital Saint-Louis le 24 mai 1892.

A son entrée, apparence d'un phlegmon profond du bras droit et état général extrêmement grave.

Stupeur profonde. Température à 39°,8.

La main et l'avant-bras, doublés de volume, présentent un œdème dur gardant à peine l'empreinte du doigt; la peau, à ce niveau, est d'un rouge vineux.

L'érythème remonte presque jusqu'à l'aisselle; les veines sous-cutanées sont marquées sous la peau par de larges lignes d'un brun rouge très foncé. Douleur pongitive continue, exagérée par le toucher. Ganglions de l'aisselle à peine perceptibles, marqués par l'empâtement de la région. L'aspect premier du membre rappelait donc celui de l'œdème malin charbonneux, mais pas d'accident primitif, ni pustule, ni ulcération de la main. La malade, interrogée, répéta par deux fois qu'elle avait été piquée par une mouche trois jours auparavant; et, de fait, deux phlyctènes se voyaient à la commissure du pouce.

Mais, en dehors de l'œdème phlegmoneux du bras, des lésions très spéciales pouvaient s'observer tant sur la longueur même du bras que dans les régions deltoïdienne et pectorale du même côté, et presque dans la région xyphoïdienne, dépassant même la ligne médiane. C'étaient de petites tumeurs, de la grosseur d'une forte noisette, au nombre de douze environ, incluses dans le tégument, ou du moins dans l'hypoderme, et faisant corps avec la peau.

Leur surface, finement vascularisée, était d'un rouge livide, et au pourtour de chacune de ces nodosités existait une surface érythémateuse de plus d'un centimètre de largeur, surface discoïde, dont l'érythème était plus accentué au centre qu'aux bords.

L'empatement sous-jacent était marqué, et on ne saurait mieux comparer l'ensemble de chacune des lésions qu'à une nodosité de l'érythème noueux des rhumatisants, de l'érythème noueux à larges plaques désigné par M. le D^r Besnier sous le nom de *dermatite contusifforme*. Même rougeur plus marquée au centre qu'aux bords, même douleur très vive à la pression de la petite tumeur centrale, même absence de délimitation nette entre cette tumeur et l'érythème circumvoisin.

L'état général s'aggravant, le docteur Marchand fait des débridements larges au niveau de la main et du bras ; il ne s'écoule que de la sérosité et du sang. Même incision et même résultat au niveau d'une petite tumeur sous-cutanée. Le soir, 40°,7 ; délire ataxo-adyynamique. Mort 72 heures après le début des accidents.

Quelques heures avant la mort, on put recueillir par scarifications, au niveau de la plus récente des petites tumeurs disséminées sous la peau, quelques gouttes de sang pour l'examen bactériologique.

D'après les renseignements rétrospectifs recueillis, on put savoir que la piqûre d'insecte incriminée par la malade avait eu lieu quatre jours avant la mort, que les symptômes avaient débuté par des frissons intenses, et que la rougeur et l'œdème avaient débuté à la face dorsale du pouce. Le diagnostic clinique devait donc être : infection

septicémique analogue à l'infection par piqûre anatomique.

Autopsie le 26 mai. — Au niveau des incisions pratiquées sur le membre malade : pas de pus, très peu d'infiltration purulente sous le grand pectoral.

Les veines superficielles du membre sont thrombosées dans toute leur longueur, de même que la veine axillaire. On enleva deux des tumeurs sous-cutanées. La dissection fine de l'une d'elles montra avec la plus grande évidence, *au centre de la lésion, une veinule, énormément dilatée, thrombosée*, et autour d'elle une infiltration hématique du tissu cellulaire avoisinant.

Tous les viscères présentaient des signes de congestion ; la rate était à peu près normale.

L'examen microbiologique révéla les particularités intéressantes qui suivent : Le sang recueilli au niveau d'une nodosité sous-cutanée pendant la vie et ensemencé sur gélatine et sur gélose donna dès le lendemain des cultures translucides, opalescentes, rondes. C'étaient des cultures pures de *streptocoques*.

La veine axillaire était obstruée d'un caillot énorme, et dans les îlots fibrineux on trouvait des pelotons de streptocoques disséminés. Le long de la paroi de la veine, mêmes îlots microbiens.

Dans le thrombus de la vésicule du centre de la nodosité, mêmes amas de streptocoques, et dans les mailles du tissu cellulaire voisines de la vésicule, chaînettes microbiennes innombrables formant des pelotons entre les globules du sang et les leucocytes.

Très peu de microbes dans la rate. Mais dans le foie et

le rein, grand nombre de petites thromboses microbiennes. Il s'agit donc bien là d'une véritable septicémie, l'infection s'étant faite par la voie sanguine, et le germe premier, d'origine inconnue, semble avoir été déposé d'emblée dans un vaisseau au niveau de la main.

Nous avons relaté avec beaucoup de détails cette observation si intéressante de MM. Orillard et Sabouraud, car elle est un exemple absolument typique d'érythème noueux secondaire à une septicémie. La porte d'entrée de l'agent pathogène qui, dans le cas particulier, a été le streptocoque, s'est trouvée au niveau de la main, et par voie sanguine les microbes ont envahi tout le membre supérieur. Cette invasion microbienne a provoqué l'œdème et l'érythème généralisés à tout le membre; mais, de plus, des amas streptococciques sont venus obstruer et thromboser de ci, de là des vésicules sous-cutanées; les territoires tégumentaires, sous la dépendance de ces vésicules, se sont hyperémiés; de plus, globules, leucocytes et streptocoques sont sortis des vaisseaux pour obstruer les mailles du tissu cellulaire : les nodosités érythémateuses étaient constituées.

Au point de vue anatomique, l'efflorescence cutanée n'a été que la traduction de l'infection de la peau par l'agent pathogène. Mais cette observation permet d'éclairer d'un jour nouveau la pathogénie non seulement de l'érythème noueux septicémique, mais de tous les autres érythèmes noueux secondaires. Nous verrons, en effet, plus loin dans le chapitre consacré à la pathogénie de l'érythème secondaire, qu'on a rejeté en général l'explication fournie par quelques auteurs au sujet de la production de ces nodo-

sités : ces auteurs avaient pensé pouvoir attribuer la nodosité à la migration ou à la pullulation d'organismes pathogènes dans les vaisseaux cutanés. On tend plutôt aujourd'hui à attribuer aux toxines cette influence pathogène.

Les recherches microbiologiques de M. Sabouraud viennent donc nettement établir le rôle prépondérant joué par le microbe lui-même, c'est-à-dire par les embolies microbiennes. Mais nous reviendrons sur ce sujet.

A la question de l'érythème septicémique peut venir se joindre l'histoire des érythèmes puerpéraux. De nombreux travaux ont paru sur ce sujet, mais, il faut bien le dire, tous ces érythèmes se rapportent surtout au type scarlatinoïde. Ils ne doivent donc pas nous arrêter. Nous pouvons dire cependant que, quoique appartenant à une variété autre que l'érythème noueux, ces érythèmes puerpéraux doivent sans doute recevoir même explication pathogénique que l'érythème survenu dans le cas de Sabouraud. L'infection streptococcique doit jouer le principal rôle.

D. Dans la blennorrhagie.

La blennorrhagie étant une maladie infectieuse, l'érythème infectieux doit s'y rencontrer comme dans tout autre maladie analogue. Bazin, cependant, et Ricord ont nié le fait. Mais les travaux les plus récents de Ballet (*Arch. gén. de méd.* 1882), Derignac (1882), Balzer et surtout de Mesnet (*Thèse, Paris*, 1884) sont venus en démontrer la réalité.

Il faut, il est vrai, exclure les cas douteux où la médi-

cation balsamique a joué un certain rôle dans la production de l'érythème; mais il reste un certain nombre de cas où l'érythème est nettement infectieux. Si l'érythème blennorrhagique est le plus souvent rubéolique que scarlatini-forme, il existe cependant quelques cas d'érythème nettement noueux consécutifs à la blennorrhagie (*Thèse de Mesnet et Thèse de Bès*, 1872.)

a) *Observation VII*, in *Thèse de Bès*.

Femme de 21 ans, malade depuis 15 jours. Jamais elle n'a eu de douleurs articulaires. A son entrée à l'hôpital, on constate une vaginite intense, un écoulement purulent et une urétrite. Comme traitement : injections astringentes. Deux jours après, rhumatisme blennorrhagique des gaines des fléchisseurs de la main; et le lendemain, éruption rouge douloureuse à la main droite, siégeant à la face palmaire des premières phalanges des 4 derniers doigts. Au bout de 3 jours ces plaques d'érythème noueux pâlissent et s'affaissent un peu.

b) *Observation VIII*, in *Thèse Bès*.

Femme de 16 ans. Ecoulement purulent assez abondant. La malade ressent des douleurs assez vives dans les genoux et dans les épaules. En même temps apparaît une petite grosseur sur la partie antérieure et supérieure du tibia droit. Les jours suivants 3 ou 4 nodosités identiques, se développent, surmontées de la peau rougie, douleurs vives dans genou, pied et main du côté droit. Puis apparition

de 4 ou 5 nodosités s'ajoutant aux autres qui existent déjà; ces nodosités sont douloureuses.

Au bout de 4 jours, nouvelle poussée de nodosités sur le tibia gauche, mais les plaques rouges sont moins étendues qu'à la première poussée.

Les jours suivants, les nodosités disparaissent petit à petit.

c) *Observation IX*, in *Thèse Bès*.

Femme de 18 ans. Vaginite très prononcée avec urétrite, de plus chancre mou compliqué de bubon. On remarque des boutons sur la partie antérieure des deux jambes formés par des plaques rouges placées sur une base indurée : ce sont des nodosités d'érythème douloureuses à la pression. Au moment de l'apparition de ces nodosités la fièvre qui était assez forte est tombée. Les jours suivants, les nodosités passent par les teintes ecchymotiques; les articulations sont un peu douloureuses.

Ainsi donc voilà trois observations d'érythème nouveau, survenu au cours de la blennorrhagie sans que le traitement balsamique ait été appliqué : la blennorrhagie seule est donc en cause.

Comment expliquer cette influence? *Lewin* a insisté sur ce fait que la moindre irritation mécanique de la muqueuse uréthrale peut amener un grand nombre de manifestations réflexes du type vaso-moteur. Pour lui, l'influence toxique de la blennorrhagie purulente produit donc, en irritant la muqueuse de l'urèthre, les mêmes effets et explique les manifestations cutanées. Mais les connaissances bac-

tériologiques actuelles permettent d'expliquer l'érythème blennorrhagique par l'infection. Cette infection est-elle due gonocoque même ou aux microbes communs de la suppuration qui coexistent dans l'urèthre pathologique ? Cette question est encore à résoudre. Mais en tous cas l'existence de l'érythème noueux au cours de la blennorrhagie n'est pas à révoquer en doute.

E. — *Dans la syphilis.*

L'érythème noueux syphilitique a été signalé par Leloir, et bien étudié par Mauriac et dans la *Thèse de Testut* (Lille, 1888).

Pour le professeur *Leloir*, l'érythème dans la syphilis n'est pas d'essence spécifique. Il survient, en effet, quand l'infection générale est faite, jamais au début.

L'érythème noueux peut se montrer chez le syphilitique à la première période, mais quand le chancre est déjà ancien ; il survient surtout pendant les accidents secondaires. L'érythème semble dû à une infection secondaire, le terrain de culture chez le syphilitique étant très favorable. Il faut évidemment éliminer ici les cas d'érythème noueux que l'on peut mettre sur le compte de l'iodure de potassium.

D'après *M. Mauriac*, les nodosités siègent le plus souvent aux membres, et en particulier à la partie supérieure des jambes près des genoux. Elles s'accompagnent fréquemment d'une inflammation circonscrite de la peau.

Coïncidant très souvent avec diverses manifestations de la période virulente, elles sont souvent difficiles à distinguer des gommès ; mais leur début est plus rapide, presque soudain et leur résolution constante.

« L'érythème noueux syphilitique est très souvent précédé et accompagné de phénomènes fébriles et d'embarras gastrique. Et plus l'éruption est superficielle et étendue, plus elle suscite des troubles généraux soit avant soit après son apparition » (Mauriac).

Comme exemples d'érythème noueux syphilitique, nous pouvons citer deux cas consignés dans la *Thèse de Testut*.

Observation I, due au professeur Leloir, recueillie dans le service du professeur Fournier.

Femme âgée de 34 ans, entrée dans le service du professeur Fournier en juillet 1882. Roséole et syphilides papuleuses au mois de mai précédent ; on prescrivit à ce moment le traitement antisiphilitique.

A l'entrée de la malade, on constate des syphilides ulcéreuses sur le sommet du crâne, des syphilides papuleuses sur le corps. Comme symptômes généraux : fièvre, somnolence continuelle, lassitude, douleurs rhumatoïdes. De plus, la malade présente deux ou trois poussées d'érythème noueux autour des genoux, à la partie inférieure de la jambe et sur les avant-bras.

Observation II (Thèse de Testut).

Homme de 34 ans entre dans le service du professeur Fournier le 24 novembre 1883. Il n'est malade que depuis six mois. Excès vénériens et alcooliques.

Il y a sept mois, sur la couronne du gland deux ou trois boutons non suintants, et quelque temps après, boutons à la face palmaire des mains et des pieds, qui étaient sans doute des syphilides cornées.

Il y a cinq mois, douleurs rhumatoïdes dans les épaules et dans les genoux ; depuis deux mois, affaissement intellectuel. Il y a trois jours, maux de tête plus violents, quelques frissons.

État actuel. Aspect cachectique ; faciès abruti. Au niveau de l'angle externe de chaque œil, petite saillie de la largeur et du volume d'une lentille, d'un rouge légèrement violacé et présentant une nodosité grosse comme une tête d'épingle. Au niveau de la région antérieure et moyenne des deux jambes, de chaque côté, une dizaine de saillies peu accentuées, d'un rouge violacé, au centre desquelles il existe un certain degré d'induration de la peau et qui présentent tous les caractères de l'érythème noueux. Ces saillies sont douloureuses. Il existe de plus un état saburral.

F. — *Dans le rhumatisme articulaire aigu.*

C'est surtout le *D^r Besnier* qui a bien étudié, dans les *Annales de Dermatologie* (1876-77) les éruptions cutanées qui surviennent au début, au cours ou à la fin du rhumatisme articulaire aigu, franc. Il donne à ces éruptions le nom de « rhumatides », en les distinguant bien des « arthritides » qui, pour *Bazin*, sont les manifestations cutanées de l'arthritisme. Or les véritables rhumatides sont en somme rares et doivent rentrer dans le groupe des érythèmes infectieux.

Les variétés les plus fréquentes d'érythème sont, il est vrai, les formes papuleuses et marginées ; mais la forme noueuse a été également signalée. L'époque d'apparition de l'érythème n'a rien de fixe. Quelquefois éphémère, l'érythème peut d'autres fois alterner avec les poussées articulaires. L'érythème noueux du rhumatisme siège surtout aux membres inférieurs.

Nous pouvons citer deux observations d'érythème noueux rhumatismal.

Observ. I de Lannois (Ann. de Dermat., 92) résumée.

Rhumatisme articulaire aigu (3^e atteinte). — Érythème noueux pour la deuxième fois.

Femme de 30 ans, domestique. Venue, il y a six ans, de Bretagne à Lyon. Elle eut, dès les premiers mois de son séjour dans cette ville, un rhumatisme aigu qui dura plusieurs semaines.

En mai 1891, nouvelle atteinte. Cette fois, la malade dit avoir eu des rougeurs comme celles qu'elle présente aujourd'hui. Il y a quinze jours environ qu'a débuté l'attaque actuelle.

État actuel, 24 décembre 1891. La malade a commencé à souffrir au niveau des deux mollets et s'aperçut de la présence de trois ou quatre plaques indurées. Les jours suivants, les nodosités s'étendirent autour des genoux et sur les cuisses.

Actuellement, la malade présente sur les jambes, les

genoux et les deux tiers des cuisses (surtout sur la face externe) une éruption typique d'érythème noueux; les plaques les plus anciennes ont une teinte noirâtre, les autres sont d'un rouge vif. Les articulations tibio-tarsiennes et les genoux sont pris. État saburral. Température, 39°6. Au cœur, le premier bruit est un peu soufflant.¹

Les jours suivants, les douleurs articulaires et l'éruption ont suivi une marche régulièrement décroissante.

Le professeur Potain a rapporté, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 octobre 1888, l'observation d'un érythème noueux survenu au cours d'une polyarthrite rhumatismale.

Observation.

Femme âgée de 27 ans. Antécédents tuberculeux depuis quelque temps. Trois semaines avant son entrée dans le service, soudain violent mal de gorge avec fièvre intense. L'angine dura trois jours, au bout desquels apparurent des douleurs articulaires, au coude et à l'épaule gauches, puis dans les deux genoux, au poignet et au coude droits. C'était la première attaque de rhumatisme. Pas de blennorrhagie.

Au moment de l'examen, tuberculose aux sommets au premier degré, polyarthrite des plus marquées. Mais, de plus, éruption érythémateuse surtout noueuse.

Or, pour le professeur Potain, le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu franc s'impose ici à cause des arthrites mobiles, de la fièvre intense, des complications sur les valvules sigmoïdes, du début par une angine violente déjà rhumatismale.

Donc, nous sommes bien en présence ici d'un érythème nouveau survenu pendant un rhumatisme articulaire aigu. Mais la femme étant, de plus, tuberculeuse, le bacille de Koch est-il pour quelque chose dans la production de la dermopathie ?

G. — *Dans la malaria.*

L'érythème nouveau survenant au cours de l'infection palustre a été surtout signalé par le D^r *Moncorvo* (*Rev. mal. Enf.*, 1889; *Gaz. hebd.*, 11 juin 1892). Il survient au cours de l'infection palustre aiguë et sous son immédiate dépendance.

Observation I (Moncorvo).

Fillette de 11 ans, portant des stigmates évidents de l'hérédosyphilis et présentant une hémiplégie gauche accompagnée de contractures du même côté.

Quinze jours après son admission à l'hôpital, éclatent des accès de fièvre intense, débutant à six heures du matin et finissant vers deux heures du soir, au cours desquels survient une *efflorescence cutanée* traduite par des plaques d'*érythème nouveau*, très rouges et très douloureuses, occupant la figure, les avant-bras, les mains et les mollets, avec des alternatives de rémission et d'exacerbations parallèles à l'évolution fébrile. On prescrit immédiatement la quinine et dès le lendemain l'érythème entre en régression

pour s'éteindre graduellement dans un court délai de huit jours. Cet érythème ne s'est plus reproduit.

Observation II.

Fillette âgée de trois mois, présentant aussi des manifestations de l'hérédo-syphilis. Brusquement s'installe la fièvre, de même que la constipation et un état suburral. La température monte à 40°; l'assoupissement, l'adynamie, l'affaiblissement cardiaque viennent dénoncer la gravité extrême de l'empoisonnement malarien. Vers le sixième jour de la maladie, la température est à 39°. A ce moment, on constate, aux tempes et au front de la petite malade, une poussée confluyente de *plaques noueuses* assez douloureuses au moindre attouchement et teintées d'un rouge vif. On continue la quinine à haute dose, et l'efflorescence s'amende progressivement au fur et à mesure que les accidents fébriles s'éteignent. Huit jours plus tard, légère desquamation de la peau au milieu des joues, préalablement occupées par l'éruption.

Donc dans ces deux cas, l'érythème nouveau à suivi, dans sa marche, de près celle de la pyrexie en s'atténuant ou disparaissant dans un très court délai sous l'influence de la quinine.

En 1891, le Dr Moncorvo a pu observer à Rio de Janeiro deux nouveaux cas d'érythème nouveau palustre; nous allons résumer ces deux observations parues dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 11 juin 1882.

Observation A.

Enfant âgé de 18 mois, entre à l'hôpital, le 7 avril 1891.
Rien dans les antécédents.

Depuis quatre mois, accès paludéens se traduisant par de l'insomnie, de l'agitation ; de l'inappétence, de la diarrhée, avec refroidissement des extrémités et élévation de la température du tronc et de la tête, se terminant par une transpiration plus ou moins abondante.

Quelques heures après l'invasion de chaque accès, surviennent dans l'épaisseur du derme des nodosités de forme et de dimensions variables dont la majorité fait des saillies au niveau de la surface cutanée, laquelle devient en ces points assez rouge, chaude et extrêmement douloureuse. Ces nodosités, à forme, soit ovale, soit demi-lunaire, mesurent deux ou trois centimètres environ suivant leur grand diamètre. Les unes sont isolées, d'autres associées en groupes et parfois même imbriquées les unes sur les autres. Leur siège a été la face externe du bras gauche, les deux fesses et la face antérieure des deux jambes. La figure, le ventre et les cuisses ont été sans exception épargnées. Les nodosités ont fait place à des taches ecchymotiques.

Actuellement on remarque à la fesse droite une série de nodosités rassemblées en forme d'un croissant à convexité externe ayant presque toutes une forme semi-lunaire, mesurant de 2 à 3 centimètres dans leur plus grand diamètre, imbriquées les unes sur les autres et dépassant 3 millimètres environ au-dessus de la surface de la peau, laquelle est à leur

niveau rouge et chaude. Sensation de brûlure au niveau des nodosités. Cette dernière éruption, remonte à quatre jours.

A la fesse gauche et aux deux régions tibiales on aperçoit des taches d'érythème auxquelles correspondent des saillies noueuses analogues aux précédentes. Enfin, à la face **externe** de l'avant-bras gauche, on trouve une petite saillie noueuse, **ovoïde**, très douloureuse au toucher dont la durée est de quatre jours.

Comme il vient d'être dit, ces nodosités apparaissent à la suite de l'invasion des accès de fièvre et s'atténuent sensiblement après leur cessation, pour reprendre leur acuité primitive à une nouvelle ascension thermique.

Au moment de l'examen : état saburral, ventre ballonné, foie engorgé. Comme traitement : 1 gramme d'antipyrine, 1 gramme de bichlorate de quinine.

Le 9 avril. L'érythème s'est sensiblement amendé, et les nodules sont affaîssés.

10 avril. Atténuation plus accusée de l'efflorescence de la fesse droite. On continue le traitement.

13 avril. L'érythème noueux de la région tibiale est tout à fait éteint.

15 avril. Nouvelle crise impaludique. Une heure après, apparition au niveau du condyle interne du genou gauche d'une plaque d'érythème au centre de laquelle il y a une saillie noueuse ovoïde, avec sensation de brûlure à ce niveau.

Potion avec 1 gramme de quinine.

17 avril. L'efflorescence noueuse de la nuit du 14 est fort apaisée et indolente.

22 avril. État général excellent, l'éruption est à peine visible et disparaît complètement le 27.

Observation B.

Garçon, âgé de 17 ans. Vers l'âge de 1 an, ce jeune homme avait été pris d'une fièvre palustre grave. Cinq ans plus tard nouvelles manifestations de l'intoxication malarienne. A l'âge de 8 ans, rougeole grave à la suite de laquelle surviennent des accès plus ou moins accusés de fièvre s'accompagnant cette fois de taches rouges sur la figure, la face dorsale des mains, au centre desquelles on apercevait des nodosités de dimensions très variables envahissant toute l'épaisseur du derme. A leur niveau la peau était rouge, chaude et douloureuse. Ces nodosités subirent une atténuation progressive et finirent par disparaître au fur et à mesure que les accidents fébriles entraient en déclin. Depuis, à plusieurs reprises, fièvres palustres dont l'invasion fut toujours suivie des mêmes éruptions cutanées, siégeant toujours à la face et sur le dos des mains.

Actuellement, accès de fièvre datant de la veille et s'accompagnant d'une violente crise d'asthme. Dès le matin la peau de la face et du dos des mains avait déjà été envahie par une poussée érythémato-noueuse caractéristique. Les nodosités sont très nombreuses à la figure et aux pavillons des oreilles. On administre 1 gramme de quinine, rapidement l'efflorescence s'amende et au bout de peu de jours elle disparaît complètement.

Ce qu'il y a de très particulier dans ce cas c'est la coïncidence de l'apparition de l'attaque d'asthme avec la fièvre malarienne et l'érythème noueux.

Nous voyons donc combien sont intimes, dans les faits précédents, les liens de parenté entre l'intoxication palustre et l'éruption érythémateuse, où l'administration de la quinine amenait immédiatement la régression des nodosités.

Au reste, le D^r Moncorvo n'est pas le premier auteur qui ait appelé l'attention sur ces faits.

Déjà, en 1869, *Obedenare*, puis son élève *Boïcesco*, de Bucharest, signalèrent les rapports de l'érythème noueux avec la malaria.

L'érythème noueux, dans tous les faits observés par ces trois auteurs, présente les caractères monologiques classiques de cet érythème. L'éruption très souvent est confluent, Elle s'observe surtout, presque exclusivement, peut-on dire, chez les enfants atteignant, son maximum de fréquence entre la deuxième et la cinquième année. La grande impressionnabilité du système nerveux chez les enfants semble être la cause de cette prédilection. Il y a parallélisme de marche et d'évolution entre l'accès de fièvre palustre et la poussée d'érythème noueux, et la quinine fait disparaître également les deux manifestations. Le siège de la dermatose peut être tant sur les membres que sur la face.

H. — *Dans la tuberculose.*

Nous plaçons ici dans le chapitre de l'érythème *infectieux* celui qui se montre au cours de la tuberculose, car

le bacille de Koch, grâce à la toxine qu'il secrète, semble être l'agent véritable de production de l'érythème.

D'après le D^r Buisine, de Bordeaux, cependant, qui, dans sa thèse inaugurale, a très bien étudié l'érythème noueux dans ses rapports avec la tuberculose, celle-ci agirait à la fois par infection, par intoxication et par cachexie.

L'érythème noueux tuberculeux a été signalé par Lailler, Goldscheider, Appert et d'autres auteurs ; il a été bien étudié par Buisine (*Thèse de Bordeaux* 1892).

Voyons d'abord les faits :

Goldscheider, dans les *Annales de Dermatologie* de 1886, relate une observation intéressante que nous allons résumer :

Observation.

Soldat de 23 ans : Sur 7 frères et sœurs, 6 sont morts de la poitrine.

Le 6 février 1886. — Début de la maladie par fièvre, abattement ;

Le 10 février. — Nombreuses taches rouges ou bleuâtres, légèrement saillantes, variant de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de 1 franc. Au toucher, nodosités. Ces nodosités siègent aux jambes, aux pieds, aux avant-bras.

Elles sont douloureuses au toucher.

Rien d'apparent dans les viscères.

Le 15 février. — Épanchement pleurétique des deux côtés ; toux, expectoration. Nouvelle efflorescence certaine.

Le 17 février. — Poussée de nodosités sur cuisse, genou et mains. Pendant ce temps, développement d'une *tuberculose aiguë*, amenant la mort le 23 avril.

A l'autopsie : pleurésie tuberculeuse hémorrhagique et péricardite tuberculeuse ; méninges indemnes.

Lailler signale le cas d'une femme de 22 ans qui, au début de sa phtisie, a présenté, pendant plusieurs mois, des poussées successives de purpura et d'érythème noueux.

Le D^r Buisine, dans sa thèse, rapporte une observation personnelle intéressante.

Observation.

Jeune fille de 13 ans et demi : Début par frissons, céphalalgie, fièvre, courbature. En même temps, bronchite généralisée qui ne paraît pas spécifique, sommets semblant sains (?) menstruation régulière.

Deux jours après son entrée, apparition sur les jambes et les bras de taches érythémateuses confluentes. Pas de douleurs musculaires ni articulaires. Toux, expectoration, sueurs nocturnes.

Au bout de quelques jours l'éruption change, les taches de rouge deviennent échyмотiques et de papuleuses deviennent nettement noueuses. A ce moment, aux sommets signes nets de tuberculose au début.

Au bout de 1 mois, nouvelle poussée érythémateuse. Puis les taches disparaissent petit à petit, mais pendant deux mois encore on pouvait sentir des nodosités sous-cutanées douloureuses à la pression.

Tout aussi intéressants sont les deux faits rapportés par *Schmitz* dans les *Wien. méd. Blätter*, 1887. Dans ces cas l'érythème noueux semble avoir ouvert la marche et la tuberculose a suivi rapidement.

Observation a.

Enfant de 7 ans et demi sans antécédents morbides. Elle tomba malade le 10 décembre 1881. Douleurs articulaires et vomissements répétés, suivis de fièvre. Le 13 survint une éruption qui fut reconnue le 15 pour de l'érythème noueux. Elle se montra sur les jambes et sur les bras. Température irrégulière. Rien aux poumons. Rate normale. Au commencement de janvier, douleurs à la nuque, vomissements, tête rejetée en arrière. L'éruption persistait toujours. Finalement l'enfant succomba à la phtisie pulmonaire. Pas d'autopsie.

Observation b.

Jeune enfant. Le 22 décembre 1892, après trois jours de fièvre, éruption d'érythème noueux aux jambes, qui dura trois semaines. Le 10 février, la fièvre reparut avec la même éruption. Puis, tandis que l'éruption pâlisait, la fièvre persistait. Le 17, cris hydrencéphaliques; le 23, convulsions; mort le 28. A l'autopsie, méningite tuberculeuse, granulée, pulmonaire et ganglionnaire; avec généralisation dans tous les viscères.

En somme, on le voit, l'érythème noueux, analogue en cela au purpura, présente des rapports remarquables avec la *tuberculose*. Mais une particularité, digne de remarque, c'est que dans presque tous les cas précédents l'érythème a été extrêmement précoce ; dans les deux cas de *Schmitz* même il semble avoir ouvert le feu. Nous ne pensons pas cependant qu'il s'agisse là d'un érythème nerveux *primitif* n'ayant fait que préparer le terrain à la tuberculose. En effet, dans les deux observations de *Schmitz*, les accidents tuberculeux ont suivi de très près l'érythème noueux ; dans le fait de *Buisine*, la bronchite généralisée du début de l'affection semble nettement bacillaire ; enfin le jeune malade de *Goldscheider* avait des antécédents collatéraux nettement tuberculeux. En un mot, l'érythème noueux semble avoir été essentiellement *fonction* de tuberculose. Quant à la pathogénie de l'érythème noueux tuberculeux, il est fort probable — nous le verrons d'ailleurs plus loin — qu'il faut l'expliquer par l'action de la toxine bacillaire, de la tuberculine, sur le système vaso-moteur.

I. — *Dans les autres maladies infectieuses.*

Dans toutes les maladies infectieuses autres que celles étudiées plus haut, les érythèmes secondaires qui surviennent appartiennent aux types circiné, lisse, rubéolique ou scarlatiniforme. Il n'y a pas d'exemple net d'érythème *noueux*.

Les maladies telles que le choléra, la vaccine, la variole,

la grippe, la dengue ne doivent pas nous arrêter. Et nous allons passer au groupe de l'érythème nouveau *toxique*, après avoir fait mention seulement de l'érythème nouveau consécutif à quelques cas d'angine.

2° ERYTHÈME NOUVEAU SECONDAIRE TOXIQUE.

On désigne sous le nom d'érythèmes *toxiques* ou encore *pathogénétiques* les érythèmes consécutifs à l'absorption de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses. Ces érythèmes sont extrêmement polymorphes et présentent comme caractère spécial d'affecter une marche rapide. L'érythème *nouveau* se retrouve dans quelques cas. C'est sur ceux-là seulement que nous insisterons. — Si, pour quelques auteurs, l'agent toxique provoque l'érythème par l'intermédiaire du système nerveux, c'est-à-dire par voie réflexe (Kaposi), pour les autres, il le produit par action directe sur la peau, c'est-à-dire grâce à son élimination cutanée. Si maintenant on admet l'opinion de *Bazın* et de *Schoenlein*, c'est surtout sur le terrain arthritique que se montrera, sous l'influence toxique, la forme nouvelle de l'érythème.

Mais, il faut bien le dire, dans toutes ces intoxications, la forme nouvelle est rare, l'exception. Ainsi les substances médicamenteuses comme le copahu, le cubèbe, la térébenthine produisent surtout les types roséolique, maculeux, papuleux ou circiné; la morphine, l'atropine, la belladone provoquent surtout des éruptions scarlatiniformes ou rubéoliques. Mais il n'en est plus de même de l'iodure de

potassium, dont l'absorption dans quelques cas a provoqué un érythème noueux véritable.

L'érythème noueux iodique a fait le sujet de thèse du docteur *Bradley* (Paris, 1887). Il a été observé par Fischer, Ricord, Pellizari, M. Talamon, M. Hallopeau.

Dans la production de l'éruption, la diathèse arthritique joue un grand rôle. Le siège de prédilection de l'efflorescence cutanée est l'avant-bras. L'âge n'a nulle influence. Et en général l'éruption se montre très rapidement après l'absorption du médicament.

Nous allons résumer quelques observations d'érythème noueux iodique.

Observation de Pellizzari (in thèse Bradley).

Femme de 18 ans, syphilitique. Noyaux disséminés aux membres, absolument identiques à l'érythème noueux. De plus, la malade se plaint de fièvre et de douleurs rhumatismales. Les noyaux ont apparu après un traitement par l'iodure de potassium.

Observation de Talamon (France méd., 1884).

Femme de 40 ans. Lésion mitrale, bronchite. Comme traitement, 2 gr. 50 de KI. Le quatrième jour, coryza, épiphora, douleur et apparition de 20 noyaux ressemblant à l'érythème noueux siégeant dans le tissu sous-cutané.

Ces nodosités siègent sur les fesses et les membres inférieurs.

Poussée le cinquième jour avec la même localisation.

Le sixième jour, trois nouveaux noyaux.

Tous ces noyaux rouges, douloureux, disparaissent petit à petit.

Observation de Hallopeau (Union méd., 1885).

On traite un malade par KI, 1 à 2 grammes : plusieurs poussées successives de nodosités rouges, enflammées, ovalaires grands de 1 à 2 centimètres. Ils persistent de 5 à 6 semaines.

Dans la classe des érythèmes on doit ranger ceux qui surviennent à la période urémique des affections rénales (Quinquaud, Merklen, Persy), ceux qu'on voit au cours de l'ictère grave (Bouchard), mais ils sont en général du type roséolique ou scarlatinoïde — et nous passons.

3^o ERYTHÈME NOUEUX SECONDAIRE NERVEUX.

On connaît depuis longtemps l'influence du système nerveux sur la production des hyperémies cutanées, des érythèmes. La théorie de Lewin qui veut que l'érythème soit une angio-névrose, nous le prouve surabondamment.

Les affections des organes génitaux, et même les troubles de la menstruation, seuls peuvent provoquer ainsi un érythème noueux réflexe. Témoin le cas suivant emprunté à Schramm (*Berlin, Klin. Wochensh.*, 1878).

Observation.

Femme de 36 ans qui, exposée il y a sept ans, au froid humide au début d'une époque menstruelle, présente depuis cette époque à chaque menstrue des coliques et une éruption. Celle-ci est constituée par des nodosités disséminées d'un rouge brun, de la grosseur de lentilles, siégeant sur le dos des mains. Ces nodosités disparaissent au bout de huit jours pour reparaître à la période menstruelle suivante. Dans la suite, l'éruption menstruelle augmente avec la dysménorrhée.

A la suite de section de nerfs, *Veir-Mitchell* a déterminé des taches érythémateuses sur l'étendue du nerf lésé. Cette complication est surtout fréquente à la paume des mains et sur le dos des pieds. Cet érythème ne survient que tardivement, quinze jours environ après la lésion. La forme noueuse est assez fréquente.

Dans les affections spinales (ataxie, chorée), dans l'hystérie, on a plutôt noté les hyperémies cutanées simples ; de même dans les états émotifs.

CHAPITRE III.

Anatomie pathologique et pathogénie de l'érythème nouveau secondaire.

Nous ne voulons pas insister longuement sur l'anatomie pathologique de l'érythème nouveau si connue et qui est la même pour l'érythème secondaire que pour le primitif. Mais nous devons la rappeler brièvement pour permettre de bien saisir la pathogénie de l'érythème qui nous occupe. C'est l'hyperémie des capillaires du derme et en particulier du réseau des papilles qui constitue l'érythème simple. Lorsque cette réplétion vasculaire du derme consécutive à l'obstruction ou à la paralysie des artérioles plus profondes, est poussée à l'extrême, il se fait une transsudation albumineuse; de plus les leucocytes traversent les vaisseaux : l'érythème nouveau est constitué.

Comment expliquer maintenant la production de l'érythème nouveau *secondaire*? Plusieurs théories se trouvent en présence.

Parmi ces théories, il en existe une soutenue déjà en 1869, par *Kœbner* et défendue surtout par *Lewin*; c'est la théorie

de l'*angio-névrose*. S'appuyant sur la symétrie ordinaire des lésions, sur la coexistence de douleurs et de phénomènes arthropathiques, le caractère congestif et fugace des lésions, ils montrent le rôle évident joué dans la production de ces lésions par le système nerveux, l'érythème est une angio-névrose caractérisée par l'atonie réflexe des nerfs vaso-constricteurs de la peau.

Mais cette constatation étant faite du rôle du système nerveux, il est évident que nous ne connaissons que le mécanisme immédiat qui produit les lésions cutanées. Les causes qui mettent en action ce mécanisme peuvent être très variées, et Lewin a eu le mérite d'en signaler le plus grand nombre, conciliant ainsi plusieurs théories pathogéniques. Beaucoup de causes morbides peuvent mettre en jeu ce trouble de l'innervation : les agents mécaniques, les impressions sensibles, les lésions nerveuses centrales, médulaires ou périphériques.

Mais pour Lewin aussi intervient un autre facteur ; c'est l'influence des *miasmes* et des *virus*. C'est surtout du système uro-génital irrité que partent les réflexes vaso-moteurs produisant la dermopathie ; or la suppuration des organes agit comme point de départ de ces virus qui vont influencer les centres vaso-moteurs. (*Lewin, Charité Annalen, Berlin*, t. III, 1878.)

Nous voici donc amenés à la cause en somme principale de l'érythème noueux, celle qui, en influençant les centres nerveux ou la peau directement, détermine l'éruption cutanée, nous voulons parler de l'*infection*. Dans l'érythème noueux *secondaire* que nous étudions spécialement ici, le rôle de l'infection est primordial ; l'érythème, en effet, n'est

que la détermination cutanée de l'infection, le tégument subissant des altérations notables et réagissant à sa façon dans des maladies où l'on voit tous les viscères et tous les tissus être plus ou moins atteints dans leur vitalité.

Le rôle des micro-organismes dans la pathogénie des maladies est aujourd'hui bien établi; d'autre part l'on sait depuis les travaux du professeur *Bouchard* que la peau est avec le rein l'émonctoire par excellence par lequel l'organisme se débarrasse de ses produits toxiques. L'érythème noueux secondaire peut-il donc s'expliquer par une sorte de décharge bactérienne se faisant vers la peau?

Des recherches nombreuses ont été entreprises dans ces dernières années tant en Allemagne qu'en France.

Les travaux de Gibier, Hirschfeld, Mantle, Jugnickel, Fraenkel, ont eu des résultats négatifs. D'autres auteurs ont trouvé un microcoque banal. Quelques-uns, il est vrai, ont décrit à l'érythème noueux un microbe spécifique, mais aucun auteur plus récent n'est venu confirmer leurs recherches. Mussy n'a pu davantage trouver de micro-organisme dans le sang ou dans les nodosités de ses malades.

Mais si les microbes n'agissent pas directement sur l'éruption en s'éliminant par la peau, interviendraient-ils par leurs toxines dont le rôle tend chaque jour à s'étendre? Ces *toxines*, ou produits solubles sécrétés par les microbes, produiraient alors les troubles circulatoires de la peau. Et, en effet, le professeur Bouchard a montré qu'il existe parmi les toxines deux substances spéciales : l'*anectasine*, paralysant les centres vaso-dilatateurs; l'*ectasine*, favorisant leur dilatation et la diapédèse.

Cette opinion, que ce sont les toxines surtout qui pro-

duisent l'érythème, semble recevoir un appoint sérieux des faits si connus d'érythème nouveau *pathogénétique*; c'est-à-dire consécutive à l'ingestion de poisons minéraux ou organiques. L'érythème nouveau indiqué en est le meilleur exemple. Les toxines, tout comme ces poisons, peuvent donc agir soit directement sur les centres vaso-moteurs, soit directement sur les capillaires sanguins de la peau, soit indirectement sur ceux-ci en s'éliminant par les glandes sudoripares.

Mais plusieurs questions se posent maintenant : ces toxines élaborées par les microbes et qui viennent produire les nodosités érythémateuses sont-elles le produit de sécrétion d'un microbe toujours le même, en quelque sorte *spécifique* ; sont-elles, au contraire, le produit soluble du microbe *spécial* qui a provoqué la maladie première au cours ou à la suite de laquelle survient l'érythème ; sont-elles dues plutôt à un microbe banal venant infecter *secondairement* l'organisme ?

Dans le bacille de Koch, le professeur Bouchard a trouvé l'ectasine, et en examinant les vaisseaux de l'œil, il a pu en démontrer le pouvoir dilatateur ; ce même pouvoir a été nettement démontré chez les animaux par la tuberculine même. Mêmes remarques pour les cultures filtrées du staphylocoque pyogène (Arloing). Donc, dans l'érythème nouveau post-tuberculeux, les sécrétions du bacille tuberculeux même peuvent expliquer sa genèse. MM. Hutinel et Mussy ont très bien étudié cette question de pathogénie et de microbiologie (Hutinel, *Arch. de Méd.*, septembre 1892), (Mussy, *Thèse*, Paris, 1892). Pour M. Hutinel, dans tous les cas de diphtérie qui se sont compliqués d'éry-

thème, on a trouvé dans les fausses membranes, associé au bacille de Loeffler, le *streptocoque*; dans quelques cas même, ce dernier existait seul au moment de l'éruption; dans l'infection puerpérale produite, comme on sait, par le streptocoque, l'érythème doit sans doute aussi être mis sur le compte de ce microbe; même remarque pour la septicémie et pour les autres infections. Remarquons d'ailleurs avec M. Hutinel, que l'érythème survient très souvent pendant la convalescence des pyrécies, et que dans toutes, les caractères de l'érythème sont les mêmes. D'ailleurs, chez beaucoup de ses malades, cet auteur a trouvé au moment de l'éruption érythémateuse et compliquant l'affection primitive des fissures des lèvres, des ulcérations buccales qui sans doute ont servi de porte d'entrée au streptocoque, c'est-à-dire à l'*infection secondaire*. Dans la blennorrhagie, de même, l'infection secondaire peut expliquer l'érythème. Reste, il est vrai, l'érythème noueux palustre, coïncidant avec les accès de fièvre et disparaissant sous l'influence de la quinine: celui-là semble bien être dû à l'agent pathogène. Mais l'observation si intéressante de MM. Orillard et Sabourand vient éclairer d'un jour nouveau cette question si ardue de la pathogénie de l'érythème noueux secondaire. « Là, la nodosité est primitivement et nettement causée, par la thrombose microbienne d'une vésicule sous-cutanée, et l'érythème de son pourtour par une extension sur place du nouveau foyer microbien. » Au niveau des nodosités, on trouva dans les mailles du tissu cellulaire des milliers de chaînettes streptococciques.

Donc, dans ce cas, l'action directe du microbe, qui est ici le streptocoque, a suffi pour produire l'érythème noueux

par thrombose des vésicules sous-cutanées et hyperémie circonvoisine.

Ce fait si intéressant doit-il nous permettre d'expliquer tous les cas d'érythème noueux secondaire par le même mécanisme ?

Nous posons la question sans la résoudre, car les recherches microbiologiques, avec résultats négatifs, faites par les auteurs cités précédemment, ne nous permettent pas de répondre affirmativement.

CONCLUSIONS.

1° A côté de l'érythème nouveau *primitif*, dont la description clinique a été tracée de main de maître par Trousseau ; évoluant avec une courbe fébrile régulière ; permettant une division possible en périodes comparables à celles des fièvres éruptives ; présentant des symptômes généraux et des complications, tout comme la scarlatine et la rougeole, par exemple, — à côté de cette variété, il existe un érythème nouveau, *secondaire* à une foule d'affections.

2° On pourrait peut-être rapprocher à ce titre l'érythème nouveau de la scarlatine : tout comme il existe une scarlatine, maladie autonome, et des éruptions scarlatiniformes, il existerait un érythème nouveau, maladie à part, spécifique, et des éruptions nouvelles secondaires.

3° L'érythème nouveau secondaire, complexe symptomatique, est d'origine soit *nerveuse*, soit *toxique*, soit surtout *infectieuse*.

4° Il semble que, dans la plupart des cas, l'érythème soit dû à une infection *secondaire*. Sa production serait

due, alors, soit au streptocoque, soit à d'autres microbes pathogènes isolés ou associés au streptocoque.

5° Les microbes agissent soit directement sur la peau, soit par leurs produits de sécrétion.

6° Les maladies dans lesquelles on a surtout noté l'érythème noueux sont la *diphtérie*, la *septicémie*, la *blennorrhagie*, la *syphilis* et la *tuberculose*.

7° L'éruption est soit d'origine *angio-névrosique*, soit d'origine *thrombosique*.

VU :

Le Président,
DEBOVE.

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

GERMAIN SÉE. — Société médicale des hôpitaux, t. IV,
p. 199.

HUTINEL. — Arch. gén. de médecine, sept. 1892.

LANNOIS. — Ann. de Dermatol., t. III, 1892.

MONCORVO. — Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.,
11 juin 1892.

MUSSY. — Thèse de Paris, 1892.

ORILLARD ET SABOURAUD. — Méd. moderne, 8 février
1893.

BESNIER. — Annales de Dermatol., 1890.

HUTINEL ET GUIARD. — Méd. moderne, 1890.

BÈS. — Thèse de Paris, 1872.

JACQUET. — Gazette des hôpitaux, 8 oct. 1887.

MESNET. — Thèse de Paris, 1884.

DE MOLÈNES. — Thèse, 1884.

POTAIN. — Gaz. des hôpitaux, 2 oct. 1888.

TESTUT. — Thèse de Lille, 1888.

TROUSSEAU. — Clin. méd., t. I.

G. SÉE ET TALAMON. — Progrès médical, 1883.

BUISINE. — Thèse de Bordeaux, 1892.

BRADLEY. — Thèse de Paris, 1887.

LEWIN. — Charité Annales, t. III. Berlin, 1878.

KAPOSI-BESNIER. — Traité des maladies de la peau.

BROCQ. — Traité des maladies de la peau.

